REAL FEDERACION ESPAÑOLA DE FUTBOL

MUTUALIDAD DE PREVISION SOCIAL DE FUTBOLISTAS ESPAÑOLES A PRIMA FIJA

Parte fechado en ..... a ..... de ..... del .....

Nombre y apellidos del DIRECTIVO del Club que firma el presente PARTE DE LESIONES:

..... D.N.I.: .....

El firmante del presente documento se compromete a recabar el consentimiento expreso del afiliado que haya sufrido las lesiones reflejadas en el presente parte, con el objeto de que sus datos se incorporen a un registro informatizado titularidad de la Mutualidad de Previsión Social de Futbolistas Españoles a Prima Fija, e informarle que le asisten los derechos contenidos en el artículo 5 de la LOPD, pudiendo ejercitarlos en cualquier momento remitiéndose al titular del fichero.

Delegación Territorial .....

Expediente núm. | | | | | | |

PARTE DE LESIONES

Fecha de Nacimiento | | | | | | |

D.N.I.: | | | | | | | | - |

1.er Apellido: .....

2.º Apellido: .....

Nombre: .....

Domicilio: .....

Provincia: ..... Cod. postal: .....

Nombre del Club: .....

Categoría: .....

N.º Club: .....

Modalidad: ☐ Futbol ☐ F. Sala ☐ F. Femenino ☐ F. 7

Localidad: ..... Teléf.: .....

Clase de Licencia: ☐ Profesional ☐ Aficionado ☐ Juvenil ☐ Cadete ☐ Infantil ☐ Alevín ☐ Otros (especificar) .....

Sello del Club

Puesto en el equipo: ☐ Portero ☐ Defensa ☐ Medio ☐ Delantero

Superficie: ☐ C. Natural ☐ C. Artificial ☐ Otros (especificar) .....

Dónde ocurrió la lesión: ☐ Entrenamiento ☐ Partido (minuto de lesión) ..... Hubo contacto o colisión: ☐ Si ☐ No

Está relacionada con una lesión anterior: ☐ Si ☐ No Ha estado hospitalizado anteriormente: ☐ Si ☐ No

HISTORIA CLINICA

Asistencia prestada por Dr/Dra.: ..... N.º de Colegiado: .....

Clasificación de lesión: T. anatomopatológico / Clave: ..... Asiento anatómico / Clave: .....

Fecha de lesión: ..... Fecha vuelta a la competición: .....

El lesionado causa baja deportiva: ☐ Si ☐ No Y para su profesión habitual: ☐ Si ☐ No

Exploración física: Peso: ..... Talla: ..... Pierna dominante: .....

Exploraciones complementarias: ☐ Rx ☐ RMN ☐ ECO ☐ TAC ☐ Otras .....

Diagnóstico: .....

Tratamiento: ☐ Conservador ☐ Quirúrgico

OBSERVACIONES (1): .....

.....

.....

.....

(1) Cuando la lesión sea leve y de corta duración, puede consignarse su ALTA en esta casilla.

..... de ..... de 20.....

EL MEDICO DE LA MUTUALIDAD,

- **TODO PARTE NO CUMPLIMENTADO SERA DEVUELTO**
- **ES IMPRESCINDIBLE ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LA FICHA FEDERATIVA Y DEL D.N.I.**

Jefatura Territorial de los Servicios Médicos de la Delegación: .....

Mod. 20